FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880 — **THÈSE** — N° 86

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 mars 1880, à 1 heure.

Par PAUL VERRIER

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers,
Ex-prosecteur de l'École de Médecine de la même ville,
Lauréat de l'École de Médecine et de l'administration des hôpitaux d'Angers,

DU PROCÉDÉ MIRAULT (D'ANGERS)

DANS LE

TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL SIMPLE

Président : M. RICHET, *professeur*,

Juges: MM. { PANAS, *professeur.* RICHELOT, HUMBERT, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
ALPHONSE DERENNE
52, boulevard Saint-Michel, 52
1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRÉLAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SÉE. LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	DEPAUL.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires.

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. ANGER Benj.	MM. DIEULAFOY	MM. HUMBERT	MM. RENDU
BERGER	DUGUET	DE LANESSAN	RICHELOT
BERGERON	DUVAL	LANCEREAUX	RICHET
BOURGOING	FARABEUF	LEGROUX	RIGAL
CADIAT	FERNET	MARCHAND	STRAUSS
CHANTREUIL	GAY	MONOD	TERRIER
CHARPENTIER	GRANCHER	OLLIVIER	TERRILLON
DEBOVE	HALLOPEAU	PINARD	
DELENS	HENNINGER	POZZI	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N...
— des maladies des enfants	N...
— d'ophthalmologie	N...
— des maladies des voies urinaires	N...
— des maladies syphilitiques	N...
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A M. L'ABBÉ BACHELOT
Curé doyen de Saint-Serges (Angers).

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.
Officier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR MELEUX

Directeur de l'École de Médecine d'Angers,
Chirurgien en chef des hôpitaux

A M. LE DOCTEUR FARGE

Professeur de Clinique médicale à l'École de Médecine d'Angers,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE D'ANGERS

A MES ANCIENS COLLÈGUES D'INTERNAT

DU

PROCÉDÉ MIRAULT (D'ANGERS)

DANS LE

TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL SIMPLE

INTRODUCTION

Durant le cours de nos études et pendant notre internat dans les hôpitaux d'Angers, nous avons eu la bonne fortune d'assister à de nombreuses opérations de bec-de-lièvre, suivies, nous pouvons le dire sans aucun parti pris d'école, des plus heureux résultats.

Le procédé employé de préférence par nos maîtres MM. les docteurs Meleux et Dezanneau, chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu, est celui dit de Mirault d'Angers. C'est ainsi que nous avons pu en apprécier les avantages, et en saisir toutes les délicatesses.

En vain, nous en avons cherché dans les ouvrages les plus autorisés et les plus récents un exposé précis et complet. Aucun ne répondait exactement à ce que nous apprenions dans nos cours, et à ce qu'il nous était donné de voir par nous-même dans les salles d'opération. Partout

nous n'en avons rencontré qu'une description tirée de deux lettres que le chirurgien d'Angers adressa en 1844 au journal de Malgaigne. Encore là, ne trouvons-nous point exprimée la pensée de l'auteur touchant la position du lobule, toujours situé sur le côté de la division labiale, le plus rapproché du plan médian du corps. Ce point si important, puisqu'il permettait à Mirault d'intituler son procédé : *restauration du lobule médian,* est resté méconnu. Il vient toutefois d'être mis en lumière, dans un intéressant article, publié au mois de mai 1879, par M. Albert Demons, agrégé de la faculté de Bordeaux (*Bulletin de thérapeutique*).

Mais là s'arrête ce que l'on semble connaître du procédé. Plus tard l'auteur le modifia sérieusement ; et en 1871, au commencement d'un opuscule sur la résection sous-périostée du vomer, il compléta sa pensée sur la première opération, et expliqua les changements qu'il lui avait fait subir depuis déjà quelque temps. Ces quelques lignes passèrent inaperçues. Nous y trouvons cependant une réfutation complète des objections qui furent faites au procédé de 1844, et qui existent encore dans tous les traités spéciaux. Les modifications apportées par Mirault à son œuvre, et destinées à parer aux défectuosités qui lui étaient signalées font, par cela même qu'elles sont inconnues aujourd'hui, de cette opération une opération nouvelle ; elles la placent, croyons-nous, au premier rang de toutes celles qui, soit avant, soit après furent tentées dans le même but.

C'est dans cette conviction que nous avons entrepris ce travail. De plus, une année à peine écoulée, depuis le moment où sans bruit, mourait à Angers l'habile chirurgien,

c'est pour nous une heureuse occasion de rendre hommage à sa mémoire, et de payer un faible tribut de reconnaissance à l'École qui s'honore de l'avoir eu à sa tête. A ce sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer à nos maîtres dont beaucoup furent eux-mêmes ses élèves, et plus tard ses collaborateurs toute notre gratitude ; en particulier à M. le Dr Meleux, directeur de l'École, qui a bien voulu nous fournir les éléments de cette thèse et nous aider de ses conseils. Nous le remercions des explications nettes et précises qu'il nous a données, nous réservant de lui rendre au cours de ces quelques pages, la part qui lui revient, soit dans certains détails de manuel opératoire, soit dans les pansements consécutifs.

Comme l'indique notre titre, notre intention est de nous restreindre au bec-de-lièvre unilatéral simple. Nous embrassons ainsi, croyons-nous, le plus grand nombre des cas qui se présentent. En effet, notre but est de parer à la difformité des parties molles, le but qui dans nombre de becs-de-lièvre unilatéraux, compliqués de fente de la voûte palatine est au moins l'une des parties du traitement quand il ne le constitue pas tout entier.

Pour faciliter cette étude nous la diviserons en plusieurs parties ou chapitres. Nous exposerons d'abord quelques notions d'anatomie tant normale que pathologique, afin de mettre en relief quelques points que nous avons plus spécialement en vue dans le traitement de la difformité qui nous occupe.

Puis nous passerons rapidement en revue les principaux procédés, qui ont pu être opposés à celui de Mirault (d'Angers).

C'est alors que nous décrirons ce dernier plus en détail et dans ses deux phases successives, signalant en dernier lieu les améliorations que M. le Dr Meleux y a introduites pour la facilité et la régularité de l'opération.

Nous terminons par quelques considérations sur le mode de suture, et sur un pansement auxilliaire que nous avons vu employer dans les hôpitaux d'Angers.

NOTIONS ANATOMIQUES

L'importance de l'intégrité et de la bonne conformation des lèvres est indiscutable. Située à l'entrée des premières voies digestives, elles servent à la préhension des aliments et à leur première élaboration en fovorisant leur mélange intime avec le liquide salivaire. Chez l'enfant à la mamelle, c'est par elle que s'opère la succion et par suite l'alimentation par l'allaitement maternel. C'est là ce qui, joint à leur utilité pour la prononciation, constitue leur rôle physiologique.

Elles en ont un autre moins sérieux sans doute, mais non indifférent, dans l'esthétique de la physionomie. Si par leur extrême mobilité, elles concourent à l'expression des plus vifs sentiments à l'état de repos, elles ajoutent beaucoup par la perfection de leurs formes et la délicatesse de leurs contours à la beauté du visage surtout chez la femme. Aussi dans une autoplastie de cette région, le chirurgien devra-t-il porter son attention et sur les fonctions et sur la configuration normale de l'organe déformé. Etudions rapi-

dement l'anatomie de la lèvre supérieure à laquelle nous nous bornerons eu égard au cas qui nous occupe.

Verticalement située, au-devant de l'arcade dentaire correspondante, la lèvre supérieure en suit la courbure, et présente une convexité antérieure et transversale. Plus ou moins épaisse et saillante suivant les individus, elle est, proportions gardées, plus volumineuse chez l'enfant que chez l'adulte.

Sa *face antérieure* ou cutanée présente à sa partie moyenne un sillon plus ou moins prononcé, qui, partant de la sous-cloison, s'étend jusqu'au bord libre, où il se termine par une légère saillie. C'est cette saillie qui constitue ce que l'on a appelé le *lobule médian*. De chaque côté de la fossette que nous venons de mentionner se trouvent deux surfaces rectangulaires, recouvertes de poils assez forts chez l'homme, et à peine d'un léger duvet chez la femme.

La lèvre qui en haut se continue avec le nez et les joues sans ligne de démarcation bien tranchée, offre en bas, un *bord libre* et sinueux. D'une couleur rouge ou rosée, il forme avec la surface cutanée une ligne de jonction, qui reproduit exactement ses contours. On y trouve d'abord au milieu, le tubercule médian, puis une légère concavité inférieure à laquelle succède une convexité allant se perdre horizontalement dans la commissure buccale. L'élégance et les charmes de cette courbure rendent sa restauration importante dans toute opération sur cette région.

Le bord libre de la lèvre qui par son aspect tient à la fois de la peau et de la *muqueuse*, se continue avec cette dernière d'une façon insensible. Cette membrane est lisse, humide, recouverte d'épithélium pavimenteux et surmontée de

petites saillies arrondies, produites par la présence des glandes sous-jacentes. En haut, elle se recourbe en cul de sac, envoie des adhérences au maxillaire, puis se réunit à la muqueuse alvéolaire, avec laquelle elle forme un repli appelé frein de la lèvre supérieure.

Nous n'insisterons par sur la *structure* anatomique. Mentionnons de dehors en dedans : la peau, la couche musculaire, les glandes et enfin la muqueuse. La nutrition s'accomplit au moyen des artères coronaires, qui cheminent aux deux tiers moyens, de l'organe sous la couche musculaire qu'elles ont traversée après leur émergence de la faciale. Elles ne s'écartent guère du bord libre que de un centimètre.

Nous venons de voir l'état normal de la lèvre supérieure, et par là même l'idéal vers lequel doit tendre l'opérateur. Mais quel est son point de départ? Qu'est-ce qu'un bec-de-lièvre? Quelle est son anatomie ? Quel est son mode de développement?

On désigne sous le nom de bec-de-lièvre, la division permanente et congénitale des lèvres. On a décrit un *bec-de-lièvre accidentel*, mais qui représente une lésion de tout autre nature, et dont le traitement fort variable, l'élimine de notre étude.

Le bec-de-lièvre se rencontre très-rarement à la lèvre inférieure. C'est à peine si l'on a pu en citer quelques cas, à titre de curiosités scientifiques, alors que la fissure de la lèvre supérieure constitue une des anomalies congénitales les plus communes.

Parmi les divisions que l'on a données pour faciliter la

description de cette difformité, nous adopterons celle qui les classe en *bec-de-lièvre simple* et *bec-de-lièvre complexe* les premiers n'atteignant que les parties molles qui constituent la lèvre, les seconds intéressant des tissus plus profonds, voûte palatine, voile du palais, etc.... Nous ne faisons que signaler ce dernier groupe dont nous n'avons point en vue le traitement.

La position la plus ordinaire de la scissure léporine est celle qui fait de la lèvre deux parties inégales. C'est là le *bec-de-lièvre unilatéral*. Si celui-ci a été trouvé quelquefois sur la ligne médiane, ce n'est que très exceptionnellement, et encore en certaines circonstances a-t-on pu le considérer comme le résultat d'un *bec-de-lièvre double* privé du tubercule médian. Quant à la division double de la lèvre, bien que plus fréquente, elle est encore relativement rare, par rapport à celle dont nous allons nous occuper plus spécialement.

Bec-de-lièvre unilatéral simple. — Il se manifeste de préférence à gauche. Tantôt il n'occupe que le bord libre de la lèvre supérieure, sur laquelle il forme une sorte d'encoche, tantôt il la divise dans une portion plus ou moins grande de sa hauteur. Quelquefois, il s'étend jusque dans la narine correspondante, et alors le nez prend une forme élargie et épatée. Le plus souvent son angle supérieur reste apparent, séparé de la narine par un petit espace de quelques millimètres. Au lieu du raphé qui sépare la dépression sous-nasale du reste de la lèvre, existe une fente à direction oblique de dedans en dehors et de haut en bas dont la forme est celle d'un Λ renversé. Les deux bords qui constituent cette fente ont l'aspect muqueux et rosé

du bord libre de la lèvre à son état normal, et rappellent plus ou moins régulièrement les débris de la ligne de démarcation dont nous avons parlé plus haut. Ils sont tantôt épais, tantôt amincis et comme taillés en biseau. L'interne est presque vertical, forme avec le bord naturel de la lèvre un angle arrondi, au niveau duquel on peut observer le plus souvent *une légère saillie qui n'est autre que le lobule médian*. Le bord externe au contraire est tiraillé en dehors. L'angle dont nous venons de parler n'existe plus ; à sa place on constate une ligne courbe à concavité supérieure qui se fusionne avec le bord labial.

Ainsi constitué, il est maintenant admis généralement, que le bec-de-lièvre est le résultat d'un arrêt de développement. Les lois qui président à la formation de la lèvre supérieure l'expliquent parfaitement par un défaut de réunion des parties qui devaient y concourir et qui sont déviées de leur position naturelle. C'est de cette idée que le procédé Mirault tire une partie de son originalité. En effet voici ce qu'à ce sujet nous lisons dans une lettre adressée par lui à Malgaigne : « *Dans le bec-de-lièvre unique, le lobule existe ordinairement sur un des côtés de la scissure labiale, il ne s'agit plus que de le conserver, et pour cela il suffit de le faire servir à la confection des lambeaux.* » Comme note d'un article paru en 1871, et que nous aurons l'occasion de citer, nous trouvons : « *Que le bec-de-lièvre soit situé à gauche ou à droite, le lobule médian occupe toujours son bord interne, puisque ce bord correspond au plan médian du corps.* » L'opinion du chirurgien d'Angers n'est nullement douteuse sur ce point méconnu par presque tous les auteur modernes.

L'observation permet de constater la petite saillie que nous avons décrite sur l'angle interne du bec-de-lièvre. Cette saillie ne saurait être que le lobule médian comme va nous le démontrer la théorie du développement de la lèvre. Cette théorie nous l'exposerons l'empruntant en partie à l'article de M. Bouisson (Dictionnaire encyclopédique).

Les parties constituantes de la face, et spécialement celles qui doivent former la bouche se dessinent chez l'embryon humain dès le vingtième jour. Leur développement se fait par des productions ou lamelles isolées, qui, parties de l'extrémité supérieure de la colonne vertébrale rudimentaire se réunissent vers la ligne médiane. Ces lamelles sont au nombre de quatre. Les trois premières correspondent aux renflements cérébraux ; elles s'avancent vers la ligne médiane de la même manière que les prolongements costaux.

Le premier arc viscéral est le point de départ de la formation du nez, des deux mâchoires, du palais et de son voile. De la cellule cérébrale supportée par cet arc, naissent un bourgeon médian ou frontal, et deux bourgeons latéraux, ou maxillaires. Ces bourgeons contribuent à former la partie supérieure de l'orifice buccal dont la partie inférieure est constituée par deux appendices latéraux qui se portent en avant et représentent les deux moitiés de la mâchoire inférieure. Ainsi donc, nous avons un bourgeon frontal et deux bourgeons maxillaires pour la partie de la face au-dessus de la bouche. Celui du milieu donne alors naissance à deux bourgeons plus petits. Ce sont les bourgeons incisifs ou intermaxillaires. D'abord assez écartés, ils sont destinés à se rapprocher, à s'unir par leur côté interne, et à se creuser en dehors, d'ouvertures qui seront ultérieure-

ment celles des narines. Les bourgeons latéraux ou maxillaires ont au début un écartement tel que les yeux qui les surmontent sont rejetés sur les côtés de la face en voie de formation. Les bourgeons incisifs se réunissent sur le milieu, les latéraux grandissent et se soudent à leur côté externe. La symphyse des bourgeons inférieurs s'est faite de très bonne heure et plus tard nous les voyons se réunir aux supérieurs de manière à délimiter le contour de la bouche. Pendant ce temps se passent quelques phénomènes accessoires, tels que l'apparition des appendices appelés à constituer les ailes du nez, le creusement du sillon qui correspond au canal nasal.

Les données qui précèdent suffisent pour se rendre compte des variétés de bec-de-lièvre, chacune de ces difformités correspondant à un état transitoire de l'embryon. Pour le cas qui nous occupe, nous voyons que le bec-de-lièvre unilatéral, résulte de la non réunion du bourgeon maxillaire supérieur avec les bords externes des bourgeons incisifs. Ceux-ci se sont réunis en une pièce unique formant le lobule sous-nasal et les os intermaxillaires. Dans le bec-de-lièvre latéral, leur coalescence s'est donc faite régulièrement, par suite le lobule médian existera, et si c'est d'un côté plutôt que de l'autre, c'est certes à la région moyenne de la lèvre, lieu où il a dû se développer. Il sera dévié, il est vrai, mais sa présence pourra être recherchée, et sera constatée dans nombre de cas. Mais jamais, comme le prouve ce qui vient d'être dit, on ne le trouvera sur la lèvre externe d'un bec-de-lièvre comme l'a si judicieusement exposé Mirault.

Tels sont les points d'anatomie sur lesquels nous avions

voulu insister. Ils nous faciliteront la description du procédé que nous cherchons à faire connaître dans tous ses détails, et nous permettront d'en mieux apprécier les avantages.

DES DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

DANS LE

TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL

Le but que l'on recherche dans une opération de bec-de-lièvre simple et unilatéral est assez restreint, puisqu'il ne consiste que dans la restauration des parties molles. Il faut, autant que possible, redonner à celles-ci l'aspect et la forme qu'elles eussent dû avoir à l'état normal. Pour cela deux indications se présentent : rétablir la saillie constituée par le tubercule médian, éviter une encoche latérale, toujours si disgracieuse quand de plus elle ne nuit pas à la prononciation.

Un grand nombre de moyens ont été préconisés pour arriver à ce résultat. Nous en examinerons rapidement les principaux, signalant leurs avantages et leurs inconvénients, recherchant jusqu'à quel point ils répondent aux indications précitées. Nous choisirons ceux qui sont le plus habituellement employés, et peuvent être regardés comme classiques ; ceux de Husson, de Clémot et Malgaigne, de Henry et de Giraldès, nous réservant, de leur opposer le procédé Mirault que nous décrirons en dernier lieu dans ses diverses transformations.

Procédé de Husson fils. — Husson, dans le but de re-

constituer le lobule médian, et d'éviter l'encoche au point de réunion des surfaces cruentées, avait eu l'idée d'aviver les deux bords de la fissure labiale suivant deux lignes courbes se regardant par leur concavité. Le tiraillement exercé par la suture sur leur partie moyenne plus encavée devait faire saillir leur portion inférieure et répondre aux indications demandées.

Mais la pratique ne vint point confirmer cette ingénieuse théorie. La rétractilité des tissus détruit rapidement les premiers effets de l'opération. Du reste si le lobule existait, il serait forcément situé latéralement.

Procédé de Clémot et Malgaigne. — Ici l'on fait servir les deux lambeaux d'avivement à la réfection de la lèvre. On taille sur chacun des bord du bec-de-lièvre un lambeau qui en représente la hauteur, mais qui tient encore à sa partie inférieure par un mince pédicule. On rapproche d'une part les bords saignants de la scissure, puis les deux lambeaux rabattus en bas et l'on réunit par un point de suture. Cela fait, on a sur le bord libre de la lèvre, un petit appendice charnu, dont ont peut réséquer la partie exubérante.

Outre qu'il est très difficile d'obtenir une forme gracieuse de cet appendice, de plus, comme le fait remarquer Mirault, il sera placé en dehors de la ligne médiane, par suite de la position latérale de la fente léporine. Ces lambeaux assez minces peuvent se sphacéler, s'ulcérer et provoquer par la suite une cicatrice plus ou moins défectueuse.

Procédé de Nélaton. — Pour assurer la nutrition des lambeaux formés par l'avivement précédent, Nélaton fit à ce procédé la modification suivante : il taille un seul lam-

beau que l'on pourrait regarder comme circulaire autour du bec-de-lièvre. De cette sorte, les deux languettes se tiennent par un pont de tissu vivant à leur partie supérieure, tout en restant adhérentes aux angles de la fente labiale. Ce lambeau unique qui alors a la forme d'un Λ renversé, et rabattu en bas, prend l'aspect d'un V ordinaire. On en réunit les surfaces saignantes ainsi que les bords du bec-de-lièvre. Comme précédemment on a ainsi sur le bord de la lèvre, une petite trompe que l'on pourra régulariser plus tard, ou que le temp seul se chargera de corriger.

Nous ferons à cette méthode les mêmes reproches qu'à celle de Clémot et Malgaigne.

C'est ici que devrait se placer le procédé Mirault, mais, comme il le modifia plus tard, nous réunirons à la fin les deux descriptions qui se compléteront l'une l'autre.

Procédé de Henry (de Nantes). — Ce chirurgien détache comme Clémot et Malgaigne, deux lambeaux latéraux, mais pour rendre leurs points de réunion les plus nombreux possible, il les taille par une section oblique antéro-postérieure et de gauche à droite. L'un des bords, le droit, est découpé en biseau aux dépens de sa face antérieure, le gauche, au contraire, aux dépens de sa face postérieure. Les deux lambeaux étant renversés, il en résulte une surface saignante beaucoup plus étendue que dans le procédé ordinaire, et quand on rapproche les deux lèvres par la suture, la lèvre gauche vient s'appuyer d'avant en arrière sur celle de droite, et réciproquement. Il en est de même pour les lambeaux qui une fois réunis forment un lobule que l'on resèque dans la suite.

Ce procédé ne se distingue de ceux de Malgaigne et de

Nélaton, qu'en ce que la surface d'adhésion est plus étendue, et par suite la réunion immédiate mieux assurée.

De plus, dit Henry, par la coupe oblique du côté droit, on tend à ramener la suture vers la ligne médiane, et à relever ainsi l'aile du nez. Nous croyons ces avantages peu considérables ; car l'obliquité de section ne doit pas tarder à disparaître sous l'influence de la rétraction des tissus, et à produire l'effet d'une coupe antéro-postérieure.

Procédé de Giraldès. — On avive le bord externe de la solution de continuité, en taillant un lambeau adhérent par sa partie inférieure. Sur le bord interne, au contraire, on détache un lambeau libre en bas et adhérent supérieurement. Enfin une incision transversale sépare la lèvre gauche de la narine correspondante. C'est dans cet endroit que viendra se placer le lambeau de droite ; celui de gauche viendra comme dans le procédé Mirault s'adapter horizontalement sur l'angle interne du bec-de-lièvre, et constituer une sorte de tubercule médian.

Par ce dernier caractère, ce procédé se rapprocherait de celui du chirurgien d'Angers. Mais sa complication le rend peu facile à comprendre et à pratiquer. L'on dit même à ce sujet, que Giraldès était parfois fort embarrassé pour reconnaître ses lambeaux au moment où il opérait. Si à l'imitation de Mirault, Giraldès ne fait servir qu'un seul lambeau à la réfection du lobule, il ne le prend point du même côté que lui. Ce point seul suffit pour nous à différencier les deux méthodes, qui n'ont pu être comparées que par la connaissance incomplète que l'on avait et que l'on a encore du procédé qui fait l'objet de cette étude.

Abordons-en donc l'examen, et suivons-le dans les différentes phases qu'il a parcourues. En le faisant mieux connaître, nous espérons le venger des critiques qui lui ont été adressées et augmenter en même temps la juste réputation dont il jouit encore dans le monde chirurgical.

PREMIER PROCÉDÉ MIRAULT (d'Angers).

Ce fut en 1844 que Mirault décrivit pour la première fois son procédé (Lettre sur l'opération de bec-de-lièvre, considérée dans ses divers états de simplicité et de complication) (1). Nous emprunterons à l'auteur lui-même l'exposé de sa méthode, et reproduirons les parties de ses observations qui permettent d'en tirer une idée nette et exacte.

OBSERVATION DE ROSALIE BELLANGER.

13 *ans, bec-de-lièvre unilatéral droit, compliqué de division de la voûte et du voile du palais, absence de l'os intermaxillaire droit.*

Nous passerons l'explication qu'il donne de la façon dont il fut amené, en pratiquant l'opération de Malgaigne, à ramener horizontalement un des lambeaux découpés. Il le prit sur le côté gauche, le bec-de-lièvre étant situé à droite.

Il conclut :

« Un reproche que l'on a fait à la restauration du lobule médian par les divers moyens qui ont été proposés, reproche auquel le vôtre,

1. *Journal de chirurgie* de Malgaigne, sept. 1844 tome II page 257.

mon cher confrère, ne semble pas échapper, c'est que ce lobule artificiel ne se trouve pas sur le médian, par suite de la position latérale du bec-de-lièvre. Dans ce que je puis appeler mon procédé, cette imperfection n'existe plus. En effet dans le bec-de-lièvre unique, le lobule *existe ordinairement sur un des côtés de la scissure labiale.* Il ne s'agit plus que de le conserver, et pour cela, il suffit de le faire servir à la confection du lambeau. Le lobule occupe alors le milieu de la lèvre (1). »

Observation de René Lelièvre.

15 ans. *Bec-de-lièvre unique compliqué de division de la voûte et du voile du palais; rétablissement du lobule médian de la lèvre supérieure par le nouveau procédé.*

« A droite, d'un coup de ciseau porté obliquement de dedans en dehors et de haut en bas, sur la partie inférieure de la scissure labiale et au-dessus de son angle arrondi, je taillai d'abord aux dépens de cet angle un petit lambeau qui suspendu au bord libre de la lèvre par une sorte de pédicule (voyez ligne AB, fig. I) fut renversé en dehors par un aide; ensuite par une section verticale, j'avivai de bas en haut, toute l'étendue du bord correspondant du bec-de-lièvre. A gauche enfin, je reséquai dans toute sa hauteur et comme on le fait habituellement le bord de la scissure labiale.

Observation de Louis Barré.

5 ans et 3 mois. — *Bec-de-lièvre unique, compliqué de division du bord alvéolaire de la voûte et du voile du palais, et de saillie des dents incisives. Réfection du lobule médian de la lèvre, suivant le nouveau procédé.*

« La scissure labiale était située à gauche, et *l'on reconnaissait*

1. Deuxième lettre à Malgaigne. *Journal de chirurgie* Livre III page 5.

très-bien sur le côté droit la forme du lobule médian. Ce fut donc sur ce dernier côté et aux dépens du bord libre de la lèvre, que le 26 novembre, je taillai le petit lambeau destiné à reconstituer ce lobule. J'achevai ensuite l'avivement de ce côté, par une section verticale comme on le fait communément. Du côté gauche je fis aussi deux sections : l'une était verticale, l'autre très-oblique, partait du bas de la première et intéressait le bord libre de la lèvre, qui se trouve ainsi dépouillé de sa membrane muqueuse dans une étendue égale à celle du petit lambeau qui devait lui être appliqué. Après le rapprochement de ses bords, la plaie se composait d'une partie verticale, comprenant presque toute la hauteur de la lèvre, et sur laquelle je pratiquai trois points de suture ; l'autre oblique (celle du lobule médian) que je réunis par une quatrième épingle (voir A′ B′, fig. I. bis). »

De ces trois observations nous pouvons tirer une exposition exacte de l'opération de Mirault (d'Angers). Nous la résumerons en la suivant sur le schéma placé en tête de notre planche.

1° D'un coup de ciseaux de dedans en dehors, on taille sur le bord droit de la fissure un lambeau adhérent, au moyen de la ligne de section AB.

2° Ce lambeau étant abaissé, on avive le bord vertical dans toute sa hauteur, soit AC.

3° On procède à l'avivement du bord gauche, que l'on pratique soit par une coupe unique et prenant toute sa hauteur jusque sur le bord libre, soit par une double coupe dont la ligne brisée CA′B′ nous donne une idée. L'observation de Renée Lelièvre indique la première façon d'agir, dans celle de Louis Barré nous trouvons un exemple de la deuxième.

Comme nous le voyons, par l'emploi d'un lambeau unique et horizontal, ce procédé se distingue essentiellement

de ceux que nous avons décrits précédemment. Nous mettons à part celui de Giraldès, ayant le même caractère, et qui n'en est qu'une imitation compliquée. Cette complication, il est vrai, permet d'avoir un lambeau supérieur et horizontal destiné à être placé sous la narine et à combler le vide qui existe souvent en cet endroit. L'avantage qui en résulte disparaît, si l'on songe que là n'est point la grande difficulté du traitement du bec-de-lièvre, et que si l'écartement de la fissure est trop étendu, on a toujours la ressource de détacher la lèvre de ses adhérences au maxillaire supérieur, et de faciliter ainsi son rapprochement.

Nous venons de voir de l'opération Mirault, la partie constatée par tous les auteurs. Il en est une autre, qui ne laisse par de lui donner une certaine originalité et dont nous avons déjà dit quelques mots dans les notions anatomiques. C'est celle qui a trait à la situation du lobule et qui est généralement méconnue.

Dans la première observation, celle de Rosalie Bellanger, nous lisons : « Le lobule existe ordinairement sur un des côtés de la scissure labiale ; il ne s'agit plus que de le conserver et pour cela de le faire servir à la confection du lambeau. »

Dans toutes les autres méthodes, nous voyons les chirurgiens chercher à refaire un lobule artificiel. Ici, au contraire, nous sommes en présence d'une véritable restauration, du rétablissement en leur place primitive de parties déviées par un vice de conformation.

De plus, le lambeau qui sert à la réfection de la saillie médiane, est toujours pris sur le bord interne du bec-de-lièvre, où nous avons montré qu'il existait. Si le chirurgien

dans sa lettre à Malgaigne, ne s'explique par très explicitement à cet égard, nous trouvons du moins dans son manuel opératoire la preuve de cette assertion. Dans toutes ses observations, nous le voyons tailler le lobule le plus souvent sur le bord droit, parce qu'alors la lésion est à gauche, et une fois sur le bord gauche, la scissure étant à droite. Si du reste, nous avions quelque hésitation à cet égard, elle tomberait devant cette affirmation. « Dans une lettre que j'adressais au savant professeur de l'École de Médecine de Paris (Malgaigne) je décrivais une nouvelle manière de rétablir l'appendice lobulaire, avec un seul lambeau, que l'on prend sur le côté interne du bec-de-lièvre. C'est ce côté en effet, qu'il occupe dans la bifidité labiale (1). »

Les deux points principaux du procédé qui nous occupe sont donc : premièrement l'emploi d'un seul lambeau horital, secondement sa découpure sur le bord interne de la difformité.

Si nous avons insisté sur ce détail, c'est que dans aucun traité de médecine opératoire nous ne l'avons trouvé signalé.

Seul M. Albert Demons, professeur agrégé à Bordeaux, en a parlé tout récemment, et en a fait ainsi l'éloge (2) : « On crée un tubercule *médian*, semblable au tubercule normal, en prenant le lambeau sur le bord interne de la fissure labiale. A ce point de vue, comme aussi au point de vue de la simplicité de l'opération et de la régularité de la forme, ce procédé est bien supérieur aux procédés à deux lambeaux,

1. Mirault. De la résection sous-périostée du vomer appliquée à la cure du bec-de-lièvre. Angers. Impr. Lachère et Dolbeau, 1871.

2. Bulletin général de thérapeutique, 15 mai 1879.

même à celui de Giraldès, dit à mortaises, qui semble s'en rapprocher le plus, mais qui, outre une complication le plus souvent inutile, se sert pour reconstituer le bord de la lèvre d'un lambeau pris sur le bord externe de la fissure. » Nous ne citerons pas toutes les fausses descriptions qu'on a données de l'opération Mirault, et qui soit par le le texte, soit par les figures destinées à les éclaircir, montrent toujours le lambeau pris du côté externe. Les auteurs que nous avons consultés à cette occasion sont : Nélaton, pathologie chirurgicale (1847) ; Alphonse Guérin, chirurgie opératoire (1858) ; Malgaigne, médecine opératoire (1854) ; Vidal de Cassis (1855), qui ne mentionne même pas le procédé. Demarquay ; dictionnaire de Jaccoud (1866) ; Bouisson, dictionnaire encyclopédique (1866) ; Follin et Duplay, pathologie externe (1875) ; Dubrueil, médeciné opératoire (1875) ; Malgaigne et Léon Le Fort (1877) ; Nélaton et Pean (1879).

Nous avons réservé l'article des auteurs du *Compendium*, qui fait aussi une description erronée de l'opération à un seul lambeau. Nous en citerons une partie, d'autant plus que nous y trouverons les objections principales qui lui furent adressées, et dont elle ne s'est pas relevée complétement au yeux de quelques chirurgiens.

Nous voyons donc à l'article bec-de-lièvre du *Compendium* de chirurgie pratique (Tome III page 525) :

Procédé de Mirault (*d'Angers*).... « L'opération se compose de trois temps :

1° Avivement du côté gauche en conservant le lambeau comme dans l'opération de MM. Clemot et Malgaigne ;

2° Avivement du côté droit par l'ablation de la mu-

queuse sur la portion verticale, et un peu sur la portion horizontale de la lèvre ;

3° Réunion par la suture entortillée, tant des deux bords verticaux du bec-de-lièvre que du bord horizontal droit avec le lambeau du côté gauche. »

« M. Mirault a voulu caractériser son procédé en disant qu'il avait pour but de reconstituer plus efficacement le lobule médian. Cependant il faut faire remarquer qu'à cause de la situation du bec-de-lièvre sur un des côtés, la partie restaurée est une portion du bord libre différente du lobule médian, surtout quand on conserve le lambeau à droite au lieu de le conserver à gauche. »

Cette critique tombe devant ce que nous venons de dire. Les observations publiées montrent toujours en effet que le lambeau a été pris à droite, ou mieux du côté interne. Mais continuons.

« Tout en reconnaissant ce qu'a d'ingénieux le procédé de M. Mirault, nous ne l'avons pas employé, d'abord parce que celui de M. Malgaigne nous a donné de très beaux résultats, et ensuite parce que nous avons craint si la réunion immédiate venait à manquer, si par hasard une portion du lambeau se gangrénait, d'avoir sur le bord libre une encoche d'autant plus grande qu'une perte de substance y aurait été faite.

Cette dernière objection n'est pas sans fondement, et c'est pour y répondre que Mirault a modifié son procédé. Toutefois notons que M. Demons vient encore de publier dans l'article que nous avons cité, deux observations de succès par l'opération telle que la décrivent les auteurs du *Compendium*. Nous allons parler du deuxième procédé

Mirault que nous n'avons vu exposé nulle part, et qu'il nous a été donné de voir pratiquer pendant nos études médicales à Angers.

DEUXIÈME PROCÉDÉ MIRAULT OU PROCÉDÉ MODIFIÉ.

Les changements apportés par Mirault à sa première opération se trouvent exposés au commencement de son petit travail sur la résection sous-périostée du vomer. Nous en trouvons aussi l'application dans les quelques observations qu'il publia en 1857 dans le Bulletin de thérapeutique au sujet des avantages de la suture entrecoupée. Nous laisserons à l'auteur la description de sa méthode :

« Dans un premier temps, et par une incision de quelques millimètres, que l'on pratique immédiatement au-dessus du lobule, on l'isole en partie et de manière à ce qu'il tienne encore à la lèvre par un pédicule épais ; puis on l'avive carrément, sur le côté qui répond à la fissure, en reséquant l'extrémité du petit lambeau. Au-dessus de lui, on achève l'avivement du bord interne du bec-de-lièvre, jusqu'à la narine. A ce moment de l'opération, le lobule détaché fait une saillie notable, par rapport au reste de ce même côté de la fissure labiale au bas duquel il est comme suspendu.

« Dans un second temps, et par deux petites incisions dont l'une est verticale, l'autre horizontale, on pratique sur le côté opposé ou externe du bec-de-lièvre, à l'angle inférieur, une perte de substance anguleuse en rapport de

dimension avec le lambeau porte-lobule, et l'on achève l'avivement de ce bord dans la hauteur de la lèvre. Par suite de cette configuration en sens contraire des deux angles de la bifidité, dont l'un est saillant, l'autre rentrant, ils s'adaptent parfaitement l'un à l'autre dans leur rapprochement lors de l'application du point de suture inférieur ; et c'est ainsi que le lobule qu'on a ménagé se trouve rétabli dans sa forme et sa situation normales. On caractériserait bien cette restauration en la désignant par le nom de procédé par *emboîtement du lobule.*"

Si l'on se reporte à la figure II qui en donne une idée, nous voyons en effet, un lambeau interne A, dont on resèque le sommet, et qui ainsi équarri vient se placer dans l'espace rentrant taillé aux dépens du côté opposé. Telle est en quelques mots la modification apportée à la première méthode, modification que l'on comprendra plus aisément si l'on compare simultanément les dessins I et II. Avant d'en discuter les avantages nous allons décrire une troisième façon d'opérer, qui tout en s'appuyant sur l'idée fondamentale de la précédente, en rend l'exécution plus facile et plus régulière. C'est celle employée par MM. les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu. d'Angers, et en particulier par M. le docteur Meleux, à la clinique duquel nous l'avons vu donner les plus brillants succès. Notre figure III la représente d'une manière schématique, c'est sur elle que nous en suivrons les détails.

1° A l'aide d'une pince, une main fixe et renverse en dehors, l'angle interne du bec-de-lièvre. De l'autre armée d'un bistouri étroit, ou mieux d'un ténotome aigu, l'on traverse de part en part, et de la surface muqueuse vers la

surface cutanée, toute l'épaisseur de la lèvre. La pointe de l'instrument vient ressortir au point A, un peu au-dessus de la ligne de réunion de la peau au bord muqueux. Cela fait et toujours en dehors de la ligne précédente, on taille de bas en haut, un lambeau que l'on prolonge s'il est besoin jusque sous la narine. On a ainsi d'un seul coup, l'avivement complet d'un des bords de la fente léporine. Le lambeau est laissé tombant et entier jusqu'à la fin de l'opération.

2° De l'autre côté, sur le bord externe, on procède à l'avivement que l'on peut pratiquer de la manière suivante. Partant de l'angle supérieur ou sous-nasal, on transperce la lèvre, et de haut en bas, on détache le bord muqueux, mais ici encore avec une petite portion de la peau. On descend jusqu'au point A', retournant horizontalement la lame du bistouri, on poursuit de A' en B', puis soit avec le même instrument, soit avec des ciseaux on détache carément par une section B'C' le lambeau ainsi formé. Ce deuxième temps ne se distingue de l'homologue de la figure II qu'en ce que la ligne cruentée est toute en dehors du bord muqueux.

3° C'est alors qu'avec des ciseaux on détache la portion exubérante du lambeau interne. Il faut avoir soin que la partie laissée suspendue soit d'une longueur un peu plus grande que celle de la perte de substance anguleuse du côté opposé. Lors de la réunion, il y aura plutôt tendance à un léger froncement du lobule qu'à son tiraillement, ce qui est bien préférable.

4° Dans un quatrième temps on pratique la réunion soit au moyen de la suture entrecoupée, soit à l'aide de la su-

ture entortillée. Dans le cas de bec-de-lièvre simple, sans grand écartement des bords, M. le Dr Meleux donne la préférence aux épingles. Une première est placée en bas au niveau de AA′ de façon à coapter étroitement ces deux points, puis deux autres sont placés au-dessus dans la hauteur de la lèvre, l'une sous la narine, l'autre au milieu. Le lobule est fixé par un point de suture entrecoupée fait avec un fil de lin ou de chanvre.

Nous nous réservons de revenir dans un chapitre spécial sur le mode et la nature de la suture. Examinons de suite, au point de vue autoplastique, les avantages de ces transformations du procédé Mirault.

Le plus grand inconvénient que l'on a signalé à l'opération telle qu'elle nous a été décrite en 1844, était dans la crainte d'avoir une encoche latérale, si le lambeau venait à se sphacéler. Ce danger pouvait être évité en ayant soin de donner à ce lambeau une base assez large pour pourvoir à sa nutrition. Cependant vu l'extrême ténuité de sa pointe, on pouvait redouter que la réunion de cette partie à l'autre côté ne pût se faire dans de bonnes conditions et qu'il y eût une petite dépression à ce niveau. Le point de suture lobulaire pouvait, lui aussi, être cause d'inflammation et de suppuration. Les auteurs du Compendium se sont beaucoup exagéré ces craintes ; du reste leur jugement à cet égard est purement théorique puisqu'ils avouent n'avoir jamais employé ce procédé, lui ayant préféré celui de Malgaigne, auquel nous pourrions faire, à pareil titre, les mêmes objections.

Ces critiques n'ont plus leur raison d'être, si l'on opère comme nous l'avons représenté dans nos schêmas II et III.

Nous avons là réunies toutes les conditions capables d'empêcher la destruction du lambeau et d'assurer sa vitalité. Sa base épaisse est plus que suffisante pour pourvoir à sa nutrition. Ses points de contact avec la surface anguleuse, de l'autre côté sont plus nombreux, et par suite de sa soudure avec elle mieux assurés. La suture elle-même trouve dans ce lambeau une surface d'implantation considérable relativement et ne saurait lui nuire.

Tous ces avantages sont encore plus apparents dans la façon dont opère M. le Docteur Meleux. La ligne de section est par lui toujours faite dans la peau, détail qui augmente et la base du lobule et sa surface de coaptation.

Nous voyons l'aiguille inférieure implantée à quelque distance dans la surface cutanée soutenir tout l'effort de la réunion en ce point. Aussi le lambeau qu'on a eu soin de tailler un peu plus long que la partie qu'il était destiné à combler, ne subit-il aucun tiraillement capable d'entraver la circulation dont il est le siége.

Enfin les sections portent dans toute leur longueur en dehors du bord muqueux. On peut donc affronter plus facilement à la même hauteur les surfaces rosées qui dessinent la sinuosité de la partie inférieure de la lèvre ; et au lieu d'avoir, comme cela arrive fréquemment, à cette région, une ligne brisée et disgracieuse, on a une ligne continue et rappelant celle de l'état normal. La cicatrice verticale elle-même sera réduite à une ligne, souvent insensible, puisqu'aucune autre partie que la peau n'y prend part et ne vient l'élargir.

Nous pouvons donc résumer les raisons qui nous feraient donner au procédé que nous venons d'exposer la préfé-

rence sur les autres opérations de bec-de-lièvre unilatéral, simple.

1° Il rend par son lambeau à large base et à grande surface cruentée, l'encoche presque impossible.

2° Il permet de restaurer le lobule médian dans sa forme et sa situation normale, c'est-à-dire sur la ligne médiane.

3° Il donne la facilité de régulariser la configuration du bord muqueux, et diminue la cicatrice, points très importants quand on opère un enfant du sexe féminin.

DE LA RÉUNION

DANS

L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE

Nous avons parcouru la partie la plus spéciale de notre modeste travail, dont le but était surtout de faire connaître plus complétement le procédé Mirault. Mais nous croirions n'accomplir qu'une partie de notre tâche, si nous nous bornions à ce seul côté de la question, et si nous ne suivions pas le traitement du bec-de-lièvre, jusqu'à sa terminaison définitive : la guérison. Il nous reste donc à aborder l'étude de la réunion des parties avivées et des soins consécutifs.

Pour obtenir dans toute leur étendue l'affrontement des surfaces saignantes un grand nombre de moyens ont été préconisés, en dehors de la suture. Valentin se servait d'une pince spéciale, dont l'emploi ne tarda pas à être abandonné. Franco avait adopté une sorte de suture sèche, composée d'emplâtres très-agglutinatifs, fixant latéralement des fils destinés à se nouer sur la ligne médiane. Louis a beaucoup vanté l'emploi d'un bandage unissant, dont il ne se servait du reste qu'après avoir placé un point de suture à la partie inférieure du bec-de-lièvre. Ces divers procédés n'ont pas tardé à être abandonnés dans la prati-

que, et aujourd'hui on ne s'en sert guère que comme auxiliaires de la suture. Celle-ci est certes le moyen de coaptation le plus généralement mis en usage : nous pourrions dire le seul. Mais, si les chirurgiens sont unanimes sur ce point, il n'en est pas de même sur le genre de suture qu'il convient d'appliquer.

Husson s'est servi de la suture enchevillée, qui lui aurait donné d'excellents résultats. De même que pour celle si ingénieuse décrite par Dénonvilliers sous le nom de suture à plaques, nous n'en voyons par beaucoup les avantages. Si l'un des grands inconvénients de ce mode de réunion est de couper les chairs, nous le trouverons plus accentué dans celui de Rigal avec des fils élastiques. Nous restons désormais en présence des deux moyens qui ont donné le plus lieu à controverse, et qui ont encore l'un et l'autre leurs zélés partisans.

Suture entortillée. — La forme et la substance des aiguilles ont singulièrement changé depuis Ambroise Paré jusqu'à nos jours. Cuivre, fer, acier, argent, or, ont été tour à tour employés. On a construit des aiguilles spéciales dont on ne voit guère l'utilité, et qui compliquaient l'arsenal chirurgical.

Les épingles dont on se sert maintenant sont des épingles ordinaires, assez longues et bien acérées afin de pouvoir les introduire avec facilité. On a conseillé l'usage d'épingles assez fortes, probablement dans l'espérance qu'elles couperaient moins les chairs. Mais si l'on tient compte du degré d'irritation qu'elles peuvent produire d'après leur volume, les grosses couperont les tissus beaucoup plus facilement que les petites, puisque cette section n'est qu'une

suite de l'inflammation. Ainsi plus les épingles seront petites, tout en ayant suffisamment de résistance pour traverser la lèvre, meilleures elles seront. Celles que nous avons vu employer sont des épingles très fines dites, épingles à insecte.

On procède à la réunion de la manière suivante. La première épingle tenue solidement entre les mors d'une pince est introduite à quelques millimètres au dessus du bord libre de la lèvre du côté gauche, et à presque un centimètre de surface avivée. On la fait pénétrer ainsi obliquement de dehors en dedans et d'avant en arrière, de façon à ce qu'elle vienne sortir sur le bord de la scissure à l'union des tiers postérieurs avec les deux tiers antérieurs de son épaisseur.

Le bord droit est alors affronté avec le bord gauche, et choisissant le point correspondant au dernier point de sortie de l'autre côté, on le fait traverser par l'épingle, en sens inverse, de dedans en dehors et d'arrière en avant. Celle-ci vient ressortir sur la peau en un point symétrique de son premier point d'entrée. On peut, si l'écartement est assez considérable, placer sur elle une anse de fil médiocrement serrée. Ceci fait, on pose par le même manuel opératoire une seconde épingle sous la narine, et une troisième entre les deux ; il est rare que l'on ait besoin d'une quatrième épingle. Mirault réunissait le lobule au bord libre de la même façon, mais nous croyons qu'il est préférable d'y adapter un point de suture entrecoupée.

Il ne reste plus alors qu'à fixer isolément les épingles, avec des fils enroulés sur elles en huit, sans exercer une trop forte constriction. On peut faire se croiser les fils d'une épingle sur l'autre, et ainsi réduire une partie trop saillante des surfaces réunies.

Suture entrecoupée. — Mirault pendant longtemps a réuni les bords du bec-de-lièvre de la façon précédente et a obtenu un certain nombre de succès. Toutefois sa pratique se modifia, et en 1857, il publia une série d'observations destinées à vanter les avantages de la suture entrecoupée (1). Ces observations nous semblent assez concluantes, aussi les résumerons-nous rapidement surtout la première qui est l'application de son second manuel opératoire.

Observation I

Le nommé Pihoué, jardinier, vingt-sept ans, portait à gauche un bec-de-lièvre qui n'occupait que le tiers inférieur de la lèvre. Fut opéré le 22 septembre 1852 avec l'aide de MM. Dulavouer et Feillé, internes à l'Hôtel-Dieu.

C'est la première fois qu'il employa son second procédé, aussi le trouvons-nous décrit en détail. Nous n'y reviendrons pas.

« Quatre points de suture entrecoupée, savoir : deux pour le corps de la lèvre, et deux pour le lobule, servirent à la réunion des parties divisées. »

« Les fils ne sont enlevés qu'au *septième jour*, alors seulement ils commencent à entamer les chairs. Dès ce moment, la restauration de la lèvre était des plus parfaites. »

Le pansement consiste simplement dans un peu de charpie enduite de cérat, et maintenue à l'aide d'une bande.

Observation II

Marie Bureau, âgée de deux ans. Bec-de-lièvre n'intéressant que les trois quarts inférieurs de la lèvre à gauche.

1. *Bulletin général de Thérapeutique* 1857, page 353.

« Le 10 mai 1853, je l'opérai suivant le procédé employé généralement, et je réunis par quatre points de suture entrecoupée, dont deux pour le bord libre de la lèvre, l'un en avant, l'autre en arrière. La plaie fut ensuite recouverte d'un morceau de taffetas gommé. Au bout de 6 *jours*, j'enlève les deux fils supérieurs. Ils n'avaient pas produit la plus légère division des chairs. Le huitième jour, je retire les deux fils du bord libre de la lèvre, ils avaient commencé d'entamer les tissus, et leurs anses étaient devenues lâches. Du reste la réunion était parfaite dans toute la hauteur de la solution de continuité ; mais il restait une encochure du bord labial, comme il arrive toujours quand on opère à l'ordinaire.

Observation III

Joseph Gaignard, 4 mois et demi, bec-de-lièvre unique et simple du côté gauche, restauration du lobule. Opéré en 1853.

L'enfant une fois opéré est emmené par ses parents. Il ne revient que 7 *jours* après. Le point de suture du bord libre seul avait coupé les chairs. Réunion.

Observation IV

Marie Mimot, 8 mois. Bec-de-lièvre unique, gauche, n'occupant que les deux tiers de la lèvre. Opérée à Angers en 1855.

« Fut emmenée sitôt l'opération à deux lieues de là. Les fils après 6 *jours* n'avaient point encore entamé les bords du bec-de-lièvre, qui furent trouvés parfaitement réunis. Seulement les trous de passage de ces fils s'étaient un peu élargis. Ce même jour, j'enlevai les deux points de suture supérieure, et le lendemain les deux inférieurs, c'est-à-dire ceux du bord libre de la lèvre. J'ai su depuis que les choses s'étaient passées conformément à mes prévisions.

Observation V.

Constance Barbary, cinq mois, Bec-de-lièvre compliqué de la bifidité des os maxillaires et du voile du palais.

Les fils sont retirés au *bout de six jours*. Simplement un peu d'agrandissement de leurs trous de passage. Réunion.

Observation VI

Félix Revillard, trois ans et demi. Enfant délicat, division de la voûte et du voile du palais.

Les fils restent moins de six jours, mais ont coupé légèrement. Réunion.

La conclusion qui ressort de l'examen des faits précédents, tirée par un opérateur ayant employé pendant longtemps les deux méthodes, ne laisse pas que d'avoir une certaine valeur. Pour Mirault, les heureux effets de ce mode synthétique résident en ce qu'il réunit exactement les bords de la plaie, les maintient affrontés plus que le temps nécessaire pour leur solide adhérence, sans occasionner leur déchirure. En effet, chez tous les malades qui précèdent, six jours au moins s'étaient écoulés avant que les chairs eussent commencé à être entamées par les fils. De plus, l'office du chirurgien au point de vue des soins consécutifs, s'est réduit à presque rien, par suite du défaut d'inflammation et de gonflement des tissus. Tout a consisté dans l'ablation des fils vers le sixième jour. « Ce n'est pas, dit l'auteur, qu'on ne puisse prendre ce soin plus tôt, puisque cinq jours et même quatre suffisent pour la réunion

de la plaie, mais la présence des fils dans les chairs, alors même qu'ils les ont déjà entamées est si peu nuisible, que j'ai cru devoir, dans presque tous les cas, les enlever plutôt au-deçà qu'en deça de l'époque que je viens d'assigner.

En dernier lieu, le chirurgien d'Angers fait le procès aux épingles, qu'il accuse par leur présence de provoquer l'inflammation et la déchirure des tissus. Cette condamnation cependant n'est point sans appel ; et lui-même n'a point depuis complétément rejeté de sa pratique chirurgicale la suture entortillée. Dernièrement encore M. le Docteur Meleux nous écrivait à ce sujet, qu'ayant pu suivre pendant cinq ans sa clinique de 1854 à 1859, il l'avait vu employer tantôt la suture entortillée, tantôt la suture entrecoupée. Souvent il employait simultanément l'une et l'autre, c'est-à-dire qu'il se servait d'une épingle pour le point de suture supérieur, celui qui est destiné à rapprocher l'aile du nez de la cloison et à reformer la narine, alors que les autres points de suture étaient entrecoupés.

Les mêmes reproches qu'à la suture entortillée devront être faits à la suture entrecoupée avec des fils métalliques.

A la Société de chirurgie, M. le professeur Verneuil a defendu la suture métallique, et a montré jusqu'à quel dégré on pouvait la rendre responsable des accidents signalés. « Pour lui, beaucoup d'insuccès semblent dus à ce que les épingles ont été enlevées trop tard, et en cela il est de l'avis de Desault qui attribue à cette cause l'un de ses insuccès. La réunion par première intention est faite dans les 36 heures, passé ce terme on a d'autant plus de chances de succès qu'on enlève plus tôt les épingles, car

tout corps étranger qui traverse la cicatrice est une cause d'inflammation, et tout le monde sait avec quelle rapidité l'inflammation détruit les cicatrices récentes (1).

Pour éviter les inconvénients de la présence des épingles dans le tissus, il faudra donc les retirer le plus tôt possible, c'est-à-dire dans les 36 ou 48 heures. Mais on a alors à craindre que la cicatrice ne soit pas suffisamment solide pour supporter le tiraillement exercé par des parties primitive-assez écartées. Aussi croyons-nous que l'emploi d'un pansement auxiliaire puisse rendre alors de grands services. On peut se servir ainsi de la suture entortillée, et en utiliser les avantages. L'épingle, mieux que la suture, permet de rapprocher les bords du bec-de-lièvre, de les coapter plus intimement, et par l'espèce de cuirasse que forme le fil entrecroisé sur la ligne de réunion de les affronter au même niveau.

Nous n'avons point en vue ici les appareils et les différents bandages employés dans ce but, et qui tous étaient surtout établis dans l'intention de resserrer la fente palatine quand elle existait. Nous voulons parler surtout d'une sorte de suture sèche, que nous avons vu utiliser avec avantages à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

M. Demons, dont nous avons déjà cité l'article, s'est très-bien trouvé d'un moyen de réunion qui se rapproche beaucoup de celui que nous désirons décrire. Voici en quoi il consiste. Il se sert de brins de charpie longs et parallèles qu'il applique en une couche légère mais continue au devant de la lèvre suturée, et qui s'étalent de chaque côté sur

1. Bulletin de la Soc. de Chir. Nov. 1856, Tome VII, page 219.

la joue en éventail. Pendant qu'un aide maintient en place ces fils ainsi étalés, et rapproche en même temps les joues de l'enfant, il les enduit d'une couche de collodion peu épaisse au niveau de la lèvre, plus considérable sur les côtés. On a ainsi une sorte de cuirasse qui laisse libre la tête et l'extrémité acérée des épingles. Celles-ci peuvent donc être retirées de bonne heure, sans que la réunion des bords du bec-de-lièvre n'ait à en souffrir.

La suture restera pendant un temps beaucoup plus long, que celui qui marque le séjour des épingles dans les tissus.

Cette méthode nous semble devoir amener de bons résultats ; cependant nous lui ferons un léger reproche. Les mucosités qui s'écoulent des fosses nasales doivent avoir beaucoup de tendance à se glisser entre la lèvre et la plaque collodionnée. Demons le comprend si bien qu'il recommande une attention soutenue et des soins méticuleux de la part de la nourrice ou des personnes qui entourent l'enfant opéré. Si de plus une légère inflammation des bords réunis se déclarait, il serait difficile de la surveiller et d'enlever la suture dont l'ablation serait toujours pour le moins très douloureuse.

Aussi lui préférerons-nous un mode de pansement que nous avons vu employer par M. le docteur Meleux, et qui tout en réunissant les avantages du précédent n'en présente pas les inconvénients. S'il demande un peu plus de soins de la part de l'opérateur, il diminue le rôle de l'entourage et permet chaque jour, s'il est besoin, de surveiller la marche de la réunion.

C'est par là que nous terminerons. Nous le décrirons en

le faisant servir de complément à une opération de bec-de-lièvre, pratiquée il y a quelques mois, sous nos yeux, par la méthode que nous voulons mettre en lumière. L'observation que nous en donnerons, et l'exposé des résultats obtenus, seront, croyons-nous, les meilleures conclusions de notre thèse.

Observation

La nommée Tessier Modeste, âgée de trois mois, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 27 octobre 1879. Elle porte un bec-de-lièvre unilatéral, gauche, compliqué de fente palatine avec légère saillie de l'os intermaxillaire. L'enfant est forte et bien développée.

Opération. — L'opération fut pratiquée le 29 octobre par M. le docteur Meleux avec l'aide de M. Angelo Bolognési, alors interne du service.

Une dent qui se trouvait anormalement placée dans l'os maxillaire, fut arrachée, en même temps qu'on coupa la partie de l'os lui-même qui proéminait légèrement.

Avivement. — Cela fait, M. Meleux procède à l'avivement, en commençant par celui du côté interne, sur lequel on distinguait une petite saillie, rappelant la forme du tubercule médian. Un bistouri très étroit traverse la lèvre à sa partie inférieure, et en remontant taille dans toute sa hauteur, un lambeau long et assez large, puisqu'il était pris au delà du bord muqueux. De l'autre côté, la section se fait de haut en bas ; d'abord verticale, elle devient horizontale inférieurement, tout en restant toujours dans la surface cutanée. La languette ainsi formée est détachée d'un coup de ciseau. Du reste, cette partie de l'opération fut exécutée comme nous l'avons décrite précédemment, et comme la figure III nous en donne une idée.

Réunion. — La réunion est effectuée en grande partie au moyen d'épingles. Une première est d'abord placée en bas, au niveau de l'angle rentrant du côté gauche et du lambeau du côté droit, ce qui

permet de faire une coaptation temporaire, et de tailler le lambeau de manière à ce qu'il puisse combler largement l'anfractuosité du côté opposé. Une deuxième épingle, un peu plus forte, est fixée sous la narine pour ramener l'aile du nez écartée par la lésion. Une troisième d'un fin calibre est enfoncée entre les deux précédentes au milieu de la hauteur labiale. On les a toutes fait pénétrer profondément dans les tissus, jusque sous la muqueuse en les introduisant et les faisant ressortir à 6 ou 7 millim. de la ligne de réunion.

Des fils cirés et doubles sont alors enroulés en 8 sur elles. L'on commence par le point de suture supérieur sur lequel on exerce une assez forte constrictiou ; puis l'on passe à celui du bas que l'on serre médiocrement, et enfin à celui du milieu. Les points de suture sont indépendants les uns des autres. On a donc ainsi réuni la portion verticale du hec-de-lièvre ; pour le lobule on le fixe avec un fil de lin à l'aide d'un point de suture entrecoupée.

Pansement. — Pour ce pansement, l'on emploie des bandelettes de taffetas d'Angleterre. Longues et étroites, 10 à 15 centimètres pour un rang, et tout au plus un centimètre pour l'autre. Il en est une toutefois d'une forme particulière, et que M. Meleux, désigne sous le nom de *grande moustache*. Elle est destinée à recouvrir la lèvre et une partie des joues. Sa portion moyenne est plus étroite que sa portion latérale, elle mesure la hauteur de la lèvre supérieure. Ses ailes ou côtes sont au contraire élargies et arrondies à leur extrémité.

L'on procède ainsi à leur placement. Un aide maintient et rapproche en avant les joues de l'enfant. Une première bandelette étroite est posée sur le bord libre de la lèvre, de façon que son milieu soutienne le lobule tandis que ses chefs sont collés sur les joues, en passant quelquefois sur l'oreille. On peut la doubler d'une autre s'il est besoin. Les autres sont adaptées dans toute la hauteur de la lèvre, réunissant les parties situées entre les épingles. Il en est une à laquelle il faut veiller avec attention, c'est celle qui placée sous l'aile du nez embrasse celui-ci en cherchant à le resserrer, et à le rendre moins épaté. C'est alors que l'on place la grande moustache, sa partie moyenne recouvrant la lèvre, et ses ailes consolidant les bandelettes étalées sur la joue.

On forme ainsi une sorte de cuirasse qui viendra puissamment en aide aux points de suture et soutiendra une grande part du tiraillement exercé par les joues.

L'enfant fut laissé ainsi pendant 48 heures, après quoi l'on procéda au renouvellement du pansement.

Le 31 *octobre*. — Pendant qu'un aide maintient les joues, on mouille les bandelettes avec un pinceau et on les détache avec précaution. On peut alors jeter un coup d'œil sur les résultats de l'opération, Tout a bien marché ; la coalescence s'est faite dans toute la hauteur de la lèvre, sans que l'on s'aperçoive la moindre trace d'inflammation on replace à nouveau les bandelettes, jusque sous le bord muqueux de la lèvre. Ce n'est qu'à ce moment qu'on enlève les épingles ; on ne le fait que pour les deux du bas, craignant encore l'écartement de la narine. Le point de suture lobulaire est resté en place.

Le *lendemain premier novembre*. — C'est-à-dire 72 heures après la réunion, on en retire l'aiguille supérieure, dont on avait eu soin de laisser saillir l'extrémité à travers la cuirasse. La bandelette destinée à maintenir l'aile du nez est renforcée.

Le 2 novembre. — Le pansement est changé en entier, avec les même précautions que pour la première fois. On peut alors nettoyer la lèvre, enlever les fils, et enfin détacher la suture qui maintient le lambeau adhérent. On rapplique alors et dans tous ses détails une nouvelle cuirasse.

On renouvelle les bandelettes encore deux fois, et huit jours après l'opération, la réunion étant jugée suffisamment solide, on ne fit plus aucun pansement, et l'enfant sortait le 10 novembre complétement guérie.

Résultats. — La ligne de coaptation des bords verticaux du bec-de-lièvre est encors légèrement rouge, mais ni saillante, ni enfoncée. Les points d'entrée et de sortie des épingles ont laissé quelques traces, mais qui, vu leur extrême ténuité, ne tarderont pas à disparaître. La réunion est complète à la partie supérieure, et la narine au lieu d'être étalée serait plutôt un peu plus resserrée que de l'autre côté.

Enfin, sur le bord de la lèvre, existe un lobule, bien placé sur la ligne médiane, bien marqué sans être disgracieux.

Sur le côté, l'on ne voit aucune trace d'encoche ; seule la ligne de réunion des parties avivée, apparaît encore.

Imp. A. DERENNE, Mayenne. — Paris, boulevard Saint-Michel, 52.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Articulation du coude.

Physiologie. — Du toucher.

Physique. — Conductibilité des corps pour la chaleur, application à l'hygiène.

Chimie. — Caractères distinctifs des chlorures, bromures, iodures et cyanures métalliques.

Histoire naturelle. — Quelles sont les divisions du règne animal.

Pathologie externe. — Des polypes naso-pharyngiens.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exophthalmique.

Pathologie générale. — Des maladies virulentes.

Médecine opératoire. — Des appareils inamovibles et de leur mode d'application.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par pulpes? Comment les prépare-t-on? Quelles sont celles qui sont employées en médecine.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Empoisonnement par l'alcool. — Comment est isolé l'alcool du sang?

Accouchements. — Du palper abdominal; sa valeur comme moyen de diagnostic de la grossesse, des présentations et des positions.

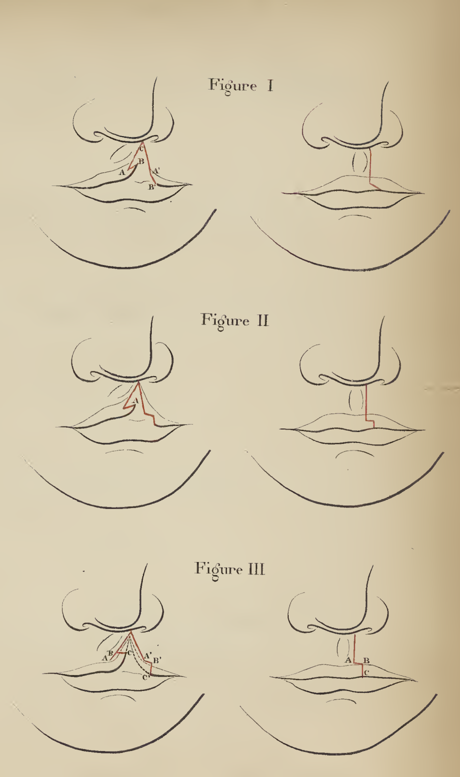
Vu par le président de la thèse,

RICHET.

Vu et permis d'imprimer,

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.


Figure I
C
B
A
A'
B'
Figure II
A
Figure III
A
B
C
A'
B'
C'
A
B
C